

СОВРЕМЕННАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА
В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИГ.Н. Тарасенко^{1,2}, А.А. Прохорчик¹, И.В. Патронов¹, Т.А. Малярчук²¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр высоких медицинских технологий – Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого» Министерства обороны Российской Федерации. Красногорск, Россия.² Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)». Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Среди распространенных хронических заболеваний кожи псориаз по-прежнему представляет актуальную проблему медицины. Псориаз — это системный иммуноассоциированный рецидивирующий дерматоз мультифакторной природы. Современные знания определяют псориаз как системную болезнь, которая включает в себя комплекс взаимообусловленных патогенетических звеньев, большое значение придается иммунологическим и обменным нарушениям в организме. Клинические проявления псориаза самые разнообразные: от единичных высыпаний на коже до выраженных изменений кожных покровов, ногтевых пластин и поражения суставов.

Авторы статьи представили клинический материал успешного лечения псориаза биологическим препаратом Российского производства Нетакимаб (Эфлейра) и считают, что он открывает новые возможности в терапии тяжелых форм этого заболевания.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: псориаз, биологическая терапия, нетакимаб, интерлейкины

КОРРЕСПОНДЕНЦИЯ: Тарасенко Григорий Николаевич, e-mail: drtarasenko@yandex.ru

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Тарасенко Г.Н., Прохорчик А.А., Патронов И.В., Малярчук Т.А. Современная биологическая терапия псориаза в военно-медицинской организации // Вестник Медицинского института непрерывного образования. — 2024. — Т. 4. — № 1. — С. 31–34. — DOI 10.36107/2782-1714_2024-4-1-31-34.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ: Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

MODERN BIOLOGICAL THERAPY OF PSORIASIS IN A MILITARY MEDICAL
ORGANIZATIONG.N.Tarasenko^{1,2}, A.A. Prohorchik¹, I.V. Patronov¹, T.A. Malyarchuk²¹ The National Medical Research Center of High Medical Technologies of the Central Military Clinical Hospital named after A.A. Vishnevsky. Krasnogorsk, Russia² Medical Institute of Continuing Education of the Russian Biotechnological University (ROSBIOTEH). Moscow, Russia

ABSTRACT

Psoriasis, one of the most common chronic skin diseases, is still a current problem in medicine. It is a systemic immune-associated recurrent dermatosis of a multifactorial nature. Modern knowledge defines psoriasis as a systemic disease which includes a complex of interdependent pathogenetic links, attaching great importance to immunological and exchange violations in an organism. Clinical manifestations of psoriasis is the most varied: from single rashes on the skin before the expressed changes of integuments, nail plates and damage to joints.

The authors presented a clinical case of successful treatment of psoriasis with the Russian-made biological drug Netakimab (Efleira) and believe that it opens new opportunities in therapy of severe forms of this disease.

KEYWORDS: psoriasis, biological therapy, netakimab, interleukins

CORRESPONDENCE: Grigory N.Tarasenko, e-mail: drtarasenko@yandex.ru

FOR CITATIONS: Tarasenko G.N., Prohorchik A.A., Patronov I.V., Malyarchuk T.A. Modern biological therapy of psoriasis in a military medical organisation // Bulletin of the Medical Institute of Continuing Education. — 2024. — Т. 4. — No. 1. — P. 31–34. — DOI 10.36107/2782-1714_2024-4-1-31-34.

FUNDING SOURCE: The authors declare no funding for the study.

DECLARATION OF COMPETING INTEREST: The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Псориаз среди распространенных хронических заболеваний кожи по-прежнему представляет актуальную проблему медицины. Это системный иммуноассоциированный рецидивирующий дерматоз мультифакторной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующееся ускоренной пролиферацией эпидермоцитов и нарушением их дифференцировки, иммунными реакциями в дерме и синовиальных оболочках, дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами, хемокинами; частыми патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата [1, 2, 3].

Псориаз как самостоятельное заболевание впервые выделил Гебра в 1841 году [4]. По литературным данным псориазом болыны от 1 до 7% населения развитых стран [5, 1].

Современные знания определяют псориаз как системную болезнь, которая включает в себя комплекс взаимообусловленных патогенетических звеньев, большое значение придают иммунологическим и обменным нарушениям в организме [5]. Однако причины развития псориаза до сих пор не установлены. Известно более 100 пусковых (триггерных) факторов, которые способствуют возникновению псориаза у лиц с генетической к нему предрасположенностью.

В последние годы отмечается увеличение количества тяжелых, резистентных к различным методам лечения форм дерматоза, повышение частоты поражения суставов, что обуславливает учащение случаев длительной нетрудоспособности и инвалидизации [6, 7, 8]. Распространение тяжелых форм, сопутствующая патология приводят к существенному увеличению экономических затрат [9, 10].

Как правило, значительно страдает качество жизни пациентов. Качество жизни изменяется не только при тяжелых формах псориаза, но и при распространении процесса на доступные осмотру окружающие участки, например, волосистую часть головы [7].

Клинические проявления псориаза самые разнообразные: от единичных высыпаний на коже до выраженных изменений кожных покровов, ногтевых пластин и поражения суставов.

В настоящее время важным направлением исследований патогенеза псориаза стало изучение иммунных механизмов. В основе нарушений иммунного статуса при псориазе лежат интерлейкинзависимые иммунодефицитные состояния. Цитокины — интерлейкины ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-12, ИЛ-23, фактор некроза опухоли α (ФНО α) и другие — вызывают активацию Т-лимфоцитов, воспалительную инфильтрацию и пролиферацию кератиноцитов в очагах поражения кожи псориазом [11].

Современным направлением при лечении псориаза и псориатического артрита становится антицитокиновая терапия биологическими агентами, которую по праву следует рассматривать как терапию XXI века. Глубокое понимание патогенеза псориаза основано на новых био-

логических подходах к терапии этого заболевания. Принятие тезиса об аутоиммунной природе псориаза дали старт бурному развитию генно-инженерных биотехнологий, что позволило кардинальным образом пересмотреть отношение к терапии псориаза, и, прежде всего, его тяжелых форм. В настоящее время количество новых биологических препаратов, изучаемых на разных стадиях клинических испытаний, с каждым годом увеличивается.

По мнению ряда авторов патогенетическая терапия псориаза генно-инженерными биологическими препаратами снижает риск осложнений коморбидного фона, в частности, метаболического синдрома [12]. Следовательно, при выборе терапии конкретному пациенту целесообразно учитывать не только степень тяжести его псориаза, но и в ряде случаев — коморбидный фон, в совокупности определяющие общее состояние и качество жизни больного [13].

В последнее время в своей практике мы успешно применяем препарат Нетакимаб (торговое название Эфлейра) российского производства фармацевтической компании ЗАО Биокад Эфлейра. Нетакимаб является рекомбинантным и моноклональным антителом, в терапевтических концентрациях специфически связывающим интерлейкин-17А (ИЛ-17А), находящийся непосредственно в тканях или в крови и других биологических жидкостях. ИЛ-17А — противовоспалительный цитокин, гиперпродукция которого преимущественно обусловлена активацией Th17-лимфоцитов [14–16]. В настоящее время под нашим наблюдением находится 20 пациентов, которые получают препарат нетакимаб с хорошей клинической ремиссией.

Критериями эффективности терапии мы считаем: сроки наступления клинического эффекта, длительность ремиссии, улучшение качества жизни пациента. Большое значение имеют уровень безопасности препарата, переносимость и удобство применения [17–19].

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Клинический пример № 1.

Больной Д., 1959 года рождения. В 2020 году находился на стационарном лечении в кожном отделении ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневского» МО РФ с жалобами на распространенные высыпания на коже туловища, конечностей, волосистой части головы; периодический зуд; незначительные боли в левом плечевом суставе, мелких суставах кистей, боли в стопах, онемение пальцев кистей, стоп.

Больным считает себя с марта 2000 года, когда впервые появились высыпания на коже лба. В сентябре процесс распространился на волосистую часть головы, сопровождающийся зудом. С этого времени диагностируется распространенный псориаз, псориатический артрит тазобедренных, голеностопных суставов с чувством «утренней» скованности.

Амбулаторно получал общую терапию и наружное лечение. Для наружного использовал топические гормональные препараты с хорошим положительным эффектом. Обострения наступали ежегодно, особенно

в осенне-зимний период. Стационарное лечение давало временный эффект. В мае-июле 2006 г. получил 3 инфузии препарата Ремикейд, в результате чего отмечалось исчезновение болей в суставах и чувства «утренней» скованности, разрешение очагов поражения кожи. В декабре 2006 г. после психо-травмирующей ситуации (смерть матери) появились новые высыпания на коже головы, паховых областях, спине; с марта 2000 г. стали появляться боли в области плечевых суставов, кистей. В 2008 г. проведена терапия ремикейдом с положительным эффектом, однако лечение биологическими препаратами было прекращено в связи с отсутствием препарата.

Из анамнеза установлено, что в течение длительного времени диагностируется сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь, ожирение III степени, больной постоянно принимает сахароснижающие и гипотензивные препараты.

Течение псориаза носило непрерывный характер, ремиссии не отмечалось. В связи с выраженным обострением и распространением процесса пациенту был применен биологический препарат российского производства Нетакимаб (Эфлейра) в дозе 120 мг., после инициации 0, 1, 2 неделя ежемесячно. В настоящее время клинических проявлений псориаза нет, переносимость препарата хорошая [16].

Клинический пример № 2.

Больной П., 1986 года рождения. Поступил в отделение в июле 2022 года с жалобами на высыпания на коже туловища, конечностей, в паховой области и мошонке. Из анамнеза установлено: болеет с 2014 года, заболевание связывает со стрессовой ситуацией. В стационаре не лечился, лечился самостоятельно, амбулаторно. Проявления заболевания не связывает со временем года. Последнее время, с 07.06.2022 г., лечится дипроспаном. Отмечалось незначительное улучшение. Обратился к дерматологу ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневского» МО РФ для проведения биологической терапии Нетакимабом, назначено лечение. Дерматологический статус: на коже туловища, конечностей, в паховой области и на мошонке папулы красного цвета, в диаметре до 0,5 см, сливающиеся в крупные бляшки размером больше ладони больного. На поверхности папул мелкоотрубевидное шелушение серебристо-белыми чешуйками, достигающее до границ элементов. Симптомы «стеаринового» пятна, «терминальной» пленки, точечного кровотечения положительные. Дермографизм красный. Клинические проявления заболевания начали исчезать после прове-

дения инициации на 4-й неделе. Эффект от проводимой терапии сохраняется до настоящего времени.

Клинический пример № 3.

Больной З., 1993 года рождения. Обратился к дерматологу ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневского» МО РФ с жалобами на распространенные высыпания на коже туловища и конечностей. Установлено, что псориазом страдает с 2011 года, тогда же псориаз был диагностирован впервые, обострения заболевания возникали ежегодно, в осенне-зимнее время. Неоднократно лечился стационарно и амбулаторно, поводилось традиционное лечение с непродолжительным эффектом, с 2015 г. обострения псориаза возникали более 4 раз в год. В связи с неэффективностью традиционного лечения с 8.06.2022 г. проводится курсовое лечение Эфлейрой. Дерматологический статус при поступлении: на коже туловища и конечностей немногочисленные эпидермодермальные папулы красного цвета, в диаметре от 0,1 до 0,4 см; бляшки с четкими границами, размером менее ладони больного и пятна вторичной гиперпигментации. На поверхности папул и бляшек отрубевидное шелушение серебристо-белыми чешуйками, достигающее до границ элементов. Симптомы «стеаринового» пятна, «терминальной» пленки, точечного кровотечения положительные. В настоящее время клинических проявлений псориаза нет.

Клинический пример № 4.

Больной Т., 1976 года рождения. Находится под наблюдением дерматолога ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневского» МО РФ с ноября 2021 года. Из анамнеза установлено, что псориазом страдает с 2001 года. Обострения заболевания ежегодно, в осенне-зимний период. Наследственный анамнез отягощен — псориаз у отца. Неоднократно проводилось традиционное лечение с временным непродолжительным эффектом. В связи с неэффективностью традиционной терапии с 22.11.2021 г. проводится лечение препаратом Эфлейра с положительным эффектом. В результате лечения на коже пораженных областей остаются единичные пятна вторичной гиперпигментации коричневого цвета.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наши клинические примеры показывают, что применение российского биологического препарата Нетакимаб (Эфлейра) является несомненным достоинством в терапии тяжелых форм псориаза. Это дает возможность обеспечить значительные стойкие изменения кожи, а также повышение качества жизни больных псориазом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пальцев М. А. и др. Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи (атлас) // Медицина. — 2004. — Т. 24.
2. Тарасенко Г.Н., Патронов И.В. Поражение ногтей при псориазе и возможности терапии // Госпитальная медицина: наука и практика. — 2022. — Том 5, № 4. — С.10–12.
3. Тарасенко Г.Н., Паденко М.Б., Алехнович А.В. Генно-инженерная биологическая терапия псориаза: перспективное направление в военно-медицинской организации // Госпитальная медицина: наука и практика. Т. 1. — Специальный выпуск. — 2018. — С. 75–78.
4. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Учебник для врачей и студентов мед. вузов // Триада Х. — М. — 1999. — 688 с.
5. Новичкова Е.Н. Технологии доказательной медицины в повседневной практике врача. Качество жизни // Медицина. — М. — 2003. — С. 77–88.

6. Кунгуров Н. В., Гришаева Е. В., Кохан М.М., Зильберберг Н.В. Задачи и перспективы оказания высокотехнологичной медицинской помощи. В кн.: Тезисы научных работ II Всероссийского конгресса дерматовенерологов 25-28 сентября 2007 г. — СПб. — 2007.
7. Круглова Л. С., Жукова О. В. Псориаз волосистой части головы: современные методы терапии и возможность длительного контроля над заболеванием // Клиническая дерматология и венерология. — 2014. — Т. 12. — № 1. — С. 86–93.
8. Jankovic S. et al. Health-related quality of life in patients with psoriasis // Journal of cutaneous medicine and surgery. — 2011. — Т. 15. — № 1. — С. 29–36.
9. Schäfer T. Epidemiology of psoriasis: review and the German perspective // Dermatology. — 2006. — Т. 212. — № 4. — С. 327–337.
10. Tang M. M. et al. Quality of life and cost of illness in patients with psoriasis in Malaysia: a multicenter study // International journal of dermatology. — 2013. — Т. 52. — № 3. — С. 314–322.
11. Бадюкин В.В. Антицитокиновая терапия псориазического артрита. Русский медицинский журнал. — 2006, — Т. 14. — № 8. — С. 605–609.
12. Channal J. Dermatol // Therapy 2009. –Vol. 22, P. 61–73.
13. Хобейш М. М., Соколовский Е. В. Рекомендации по терапии больных псориазом генно-инженерными биологическими препаратами // Методические рекомендации. — СПб.: Изд-во. — 2012.
14. Тарасенко Г.Н., Патронов И.В., Кузьмина Ю.В. Возможности препарата наталимаб в терапии псориаза // Госпитальная медицина: наука и практика. — 2020. — Т. 1. — № 2. — С. 40–43.
15. Тарасенко Г.Н., Патронов И.В. Клинический случай эффективного лечения вульгарного псориаза генно-инженерным биологическим препаратом у пациента с сердечной недостаточностью // Эффективная фармакотерапия. — 2022. — Т. 18. — № 25. — С. 28–30.
16. Тарасенко Г.Н., Патронов И.В. Поражение ногтей при псориазе и возможности терапии // Госпитальная медицина: наука и практика. — 2022. — Т. 5. — № 4. — С.10–12.
17. Абушинов В.В., Есипов А.В., Алехнович А.В. Новые требования к внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности: пути и инструменты их реализации в многопрофильном стационаре (сообщение второе) // Госпитальная медицина: наука и практика. — 2021. — Т. 4. — № 2. — С. 64–71.
18. Алехнович А.В., Есипов А.В., Абушинов В.В. Новые требования к внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности: пути и инструменты их реализации в многопрофильном стационаре (сообщение третье) // Госпитальная медицина: наука и практика. — 2021. — Т. 4 — № 3. — С. 82–88.
19. Есипов А.В., Абушинов В.В., Алехнович А.В. Новые требования к внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности: пути и инструменты их реализации в многопрофильном стационаре (сообщение первое) // Госпитальная медицина: наука и практика. — 2021. — Т. 4. — № 1. — С. 45–53.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Тарасенко Григорий Николаевич — заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневого» Минобороны России, заведующий кожно-венерологическим отделением, полковник медицинской службы запаса, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии, доцент кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ», г. Москва, Россия. ORCID: 0000-0001-6504-4782. SPIN-код 7814-3205. Author ID: 448283

Прохорчик Александр Александрович — заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневого» Минобороны России, главный терапевт госпиталя, полковник медицинской службы. Красногорск, Россия. ORCID: 0000-0001-5542-3527

Патронов Игорь Викторович — ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневого» Минобороны России, главный терапевт госпиталя, подполковник медицинской службы запаса. Красногорск, Россия. ORCID: 0000-0002-4693-7969

Малярчук Татьяна Александровна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ», г. Москва, Россия. ORCID: 0009-0003-2904-3450. SPIN-код 1255-2486. Author ID: 972206

АВТОРСКИЙ ВКЛАД

Тарасенко Г.Н. — обзор публикаций по теме статьи; сбор клинического материала; написание текста; обзор и редактирование

Прохорчик А.А. — утверждение рукописи для публикации; обзор и редактирование

Патронов И.В. — отбор, обследование и лечение пациентов

Малярчук Т.А. — отбор, обследование и лечение пациентов

ПОСТУПИЛА: 15.01.2024

ПРИНЯТА: 19.02.2024

ОПУБЛИКОВАНА: 21.03.2024